Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Küstner.)

Über Operationen an den Genitalorganen während der Gravidität.

(26 Fälle aus den letzten 12 Jahren.)

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Margarete Schulz,
approb. Ärztin.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m b H,

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich Wilhelms-Universität Breslau.
Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Professor Dr. Küstner.

Es ist schon vielfach darüber diskutiert worden, ob man Frauen während der Gravidität wegen eines pathologischen Befundes an den Generationsorganen operieren soll. Diese Frage wurde aufgeworfen, weil man glaubte, Operationen während der Gravidität seien absolut lebensgefährlich für das Kind, gefährlicher als außerhalb der Schwangerschaft für die Mutter. Als Operationen kommen in Frage die Richtiglagerung eines retroflektierten graviden Uterus, die Entfernung von Tumoren des Uterus und der Adnexe.

In früheren Zeiten wurde bei Retroflexio ut. grav. von manchen Autoren die Schwangerschaft unterbrochen; andere warteten unter genauer Kontrolle zunächst ab, ob vielleicht eine spontane Aufrichtung erfolge. Küstner tritt für die sofortige Behandlung und Beseitigung der Lageanomalie nach Laparotomie ein. Ein Pessar hält die Gebärmutter in Anteflexion. Die Resultate sind günstig.

Bei Komplikation der Gravidität mit Myom hat man zunächst auch vielfach die Schwangerschaft unterbrochen, eine Therapie, die heute allgemein verlassen ist, da die Myomektomie sich als leistungsfähig erwiesen hat. Hofmeier hat darauf hingewiesen, daß die Gefährdung gravider Frauen durch Myome nicht allzugroß ist, so daß die Myomektomie nur in Fällen von sehr starken Beschwerden durch die Myome indiziert ist. Die Entfernung der Myome kann je nach dem Sitz eine Abtragung oder Enukleation sein, wobei zu bemerken ist, daß die Enukleation die größere Gefahr des Aborts in sich birgt, und zwar infolge der größeren Verwundung des Uterus und Möglichkeit der Eröffnung des Fruchtsacks. Zunächst Abwarten und Entfernung der Myome im Spätwochenbett hat den Vorteil, daß die im Puerperium kleiner werdenden Myome, die auch mehr an die Oberfläche rücken, für die Operation bequemer liegen.

Durch Vorhandensein eines Adnextumors ist die Frau wegen der größeren Wachstumstendenz und der größeren Gefahr der Stieldrehung des Tumors in der Schwangerschaft mehr gefährdet als außerhalb derselben. Früher unterbrach man die Gravidität

oder punktierte die Cyste. Beides wird heutzutage abgelehnt. Die allein in Frage kommende Operation ist die Ovariotomie, die in allen Fällen ausgeführt werden soll. Die Erfolge sind günstig, denn die Mortalität der Graviden ist geringer als die der nicht graviden Patientinnen infolge der Auflockerung der Gewebe in der Schwangerschaft, die ein leichteres und schnelleres Operieren ermöglicht. Die Prognose für die Frucht ist ebenfalls günstiger, ja es ist sogar in manchen Fällen ein drohender Abort durch die Ovariotomie aufgehalten worden. Fußend auf der Born-Fränkelschen Corpus luteum-Theorie gibt Fränkel an, nicht in den ersten 2 Monaten der Gravidität zu operieren, jedoch ist auf Grund der Erfahrungen diese Hypothese unhaltbar gemacht.

Intra- und extrauterine Gravidität nebeneinander ist beobachtet; die Entfernung der graviden Tube hat meist keine Störung der intrauterinen Schwangerschaft zur Folge gehabt. — Dann sei an Cervicalpolypen erinnert, die Einfluß auf die Gravidität haben können.

In der Breslauer Universitäts-Frauenklinik wurden vom 1. Dezember 1908 bis 1. Dezember 1920 26 die Schwangerschaft nicht opfernde Operationen ausgeführt. Bei den 4 Patientinnen mit Retroflexio ut. grav. wurde die Laparotomie gemacht und die Aufrichtung vom Abdomen aus vorgenommen. Die Frauen konnten gesund mit ungestörter Gravidität entlassen werden. Myome wurden bei 3 Graviden entfernt, von denen 2 abortierten (Fall 1 und 2). Ferner wurden 13 Frauen wegen Adnextumoren operiert; eine kam ad exitum, nachdem sie abortiert hatte (Fall 3), 2 andere abortierten ebenfalls (Fall 4 und 5). Dreimal kam es nur zur Laparotomia exploratoria, da infolge der schwierig zu deutenden Tastbefunde erst nach Eröffnung des Abdomen die richtige Diagnose gestellt wurde. Eine Patientin abortierte (Fall 6). Ferner wurden bei 2 Frauen, die mit den Zeichen des Abortus imminens kamen, Cervicalpolypen entfernt, worauf die Gravidität erhalten blieb; zum Schluß sei noch die Exstirpation einer Scheidencyste erwähnt, deren Entfernung die Schwangerschaft in keiner Weise störte.

Die Ergebnisse sind folgende: Von 26 Frauen kam eine, gleich 3,9%, ad exitum. In 11,5% wurde der drohende Abort aufgehalten, in 65,5% blieb die Schwangerschaft ungestört, und in 23% trat Unterbrechung der Gravidität ein. Die Fehlgeburt trat in der 1.—2. Woche auf.

Die Frage, warum in dem einen Fall Unterbrechung der Schwangerschaft eintritt, in dem andern nicht, ist schon Gegenstand vieler Diskussionen gewesen. Es ist noch nicht erwiesen, ob durch die Operation oder Nebenumstände das Ei abstirbt und als Corpus alienum alsdann durch Uteruskontraktionen entfernt wird, oder ob Uteruskontraktionen das bis dahin lebende Ei ablösen und ausstoßen. Inwieweit die Narkose an einem primären Absterben des Eies Schuld hat, ist bis heute noch nicht entschieden. Manche Forscher leugnen die Schädigung des Foets durch Narkotika, andre nehmen sie als unbedingt vorhanden an. In unsern Fällen ist Narkosendauer und Äthermenge nicht übermäßig groß gewesen. Runge macht Absinken des Blutdrucks in der Narkose, Jung wechselnde individuelle Disposition des Foets verantwortlich. Die fehlende Funktion des Corpus luteum nach Ovariotomien (Born-Fränkel) ist als Ursache des Aborts auszuschließen, chemische Reize unbekannter Art (Pfannenstiel) und Ausfall zahlreicher Gefäßverbindungen (v. Olshausen) wohl auch.

Gegenüber denjenigen Faktoren, die vielleicht eine primäre Schädigung des Eies und dadurch Abort herbeiführen, dürfen die primär auftretenden Uteruskontraktionen nicht vergessen werden, die das gesunde Ei ablösen und ausstoßen. Hochfieberhafte Prozesse, wobei dann außerdem die Früchte durch Hyperpyrexie zugrunde gehen, kommen in unsern Fällen nicht in Betracht. Mechanische Momente lösen Uteruskontraktionen aus; hier sind zu nennen starke Verwundung des Uterus bei Ausschälen von Myomen (Fall 2), Druck auf den Uterus, besonders in höherem Graviditätsmonat (Fall 6), Abkühlung der Gebärmutter bei längerem Freiliegen, Zerrung am Uterus infolge Spannung im Gewebe durch Nähte bald nach der Operation (Fall 1) oder erst später durch Vernarbung des Wundbettes.

Die praktischen Schlußfolgerungen dieser Arbeit lauten dahin, daß in 77% die Schwangerschaft erhalten bleibt. Wahrscheinlich handelt es sich um eine ganze Reihe von Komponenten, die bei der Unterbrechung zusammenwirken. In erster Linie sind mechanische Momente, Ausdehnung der Verwundung des Uterus, Abkühlung, Druck und Zerrung am Uterus verantwortlich zu machen. Diese sind möglichst zu meiden, ohne daß die Gründlichkeit der Operation und die Blutsicherheit leiden darf.